

Thực trạng tử vong mẹ và các yếu tố liên quan tại 31 tỉnh phía Bắc giai đoạn 2019 - 2021

Trần Danh Cường¹, Phạm Duy Duẩn¹, Nguyễn Thị Huyền Linh¹, Phạm Văn Chung¹, Trịnh Thị Thúy Hằng¹, Hoàng Thị Nguyên¹, Vũ Thị Thanh Thủy¹, Vũ Thị Thu Thủy¹, Trần Thị Hiền¹

¹ Bệnh viện Phụ sản Trung ương

doi: 10.46755/vjog.2022.3.1418

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Thị Huyền Linh, email: huyenlinhpstw@gmail.com

Nhận bài (received): 10/9/2022 - Chấp nhận đăng (accepted): 25/9/2022

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả tình hình, nguyên nhân tử vong mẹ (TVM) và các yếu tố liên quan đến tử vong mẹ tại 31 tỉnh phía Bắc 3 năm 2019 - 2021.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu biên bản thẩm định của 154 bà mẹ tử vong (BMTV) tại 31 tỉnh phía Bắc năm 2019 - 2021.

Kết quả: Tổng số ca tử vong của khu vực phía Bắc là 206 ca, đã thẩm định là 154 ca chiếm 74,8%. Trong 154 hồ sơ được thẩm định: nguyên nhân tử vong trực tiếp 63%, trong đó nguyên nhân chảy máu sau đẻ nhiều nhất trong nhóm này 50,5%. Chậm 1 - chậm phát hiện các dấu hiệu bất thường và tìm đến cơ sở y tế chiếm tỷ lệ cao nhất với 63%. 83,8% trường hợp tử vong có một yếu tố chậm hoặc phối hợp nhiều yếu tố chậm trễ. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố chậm trễ, thời điểm tử vong với nguyên nhân tử vong mẹ.

Kết luận: Nguyên nhân tử vong mẹ liên quan đến chậm 1 là nhiều nhất, 83,8% trường hợp tử vong có một yếu tố chậm hoặc phối hợp nhiều yếu tố chậm trễ.

Khuyến nghị: Truyền thông đến đối tượng phụ nữ trước và trong độ tuổi sinh đẻ chăm sóc thai nghén, cách phát hiện dấu hiệu bất thường, để tại CSYT... Đồng thời nâng cao năng lực ở các CSYT các tuyến. Công tác khám và quản lý thai nghén từ trạm y tế xã trở lên cần được chú trọng, phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường, có thái độ xử trí đúng đắn, kịp thời.

Từ khóa: tử vong mẹ.

Understanding maternal mortality and associated factors in 31 Northern provinces for 2019 - 2021

Tran Danh Cuong¹, Pham Duy Duan¹, Nguyen Thi Huyen Linh¹, Pham Van Chung¹, Trinh Thi Thuy Hang¹, Hoang Thi Nguyen¹, Vu Thi Thanh Thuy¹, Vu Thi Thu Thuy¹, Tran Thi Hien¹

¹ National Hospital of Obstetrics and Gynecology

Abstract

Objective: To describe the situation, factors of maternal mortality and late factors related to maternal mortality in 31 Northern provinces in 3 years 2019 - 2021.

Methods: The study of resuscitation of 154 dead mothers was evaluated and approved in 31 Northern provinces in a period (2019 - 2021).

Result: The total number of deaths in the region is 206 cases, of which 154 (74.8%) have been assessed. 154 records were verified: the direct cause of death accounted for 63%, with postpartum hemorrhage being the 50.5%. The delay 1 - slow detecting abnormal signs and seeking medical facilities rate is the highest with 63%. 83.8% of maternal deaths had one slow factor or a combination of slow factors. There was a significant relationship between the delay factors, the time of death and the cause of maternal death.

Conclusion: The cause of maternal death related to delay detecting abnormal signs and seeking medical facilities rate is the highest is the most, 83.8% of maternal deaths had one slow factor or a combination of slow factors.

Recommendations: Transmit information to women before and during childbearing age to take care, how to detect any signs often, production at health facilities... At the same time, improve capacity, improve the quality of setting up, operating, and leveling scientific production at all levels of health care facilities. The work of examination and management of pregnancy from medical sources and above should be focused, early detection of signs, proper and timely handling regime.

Keywords: maternal mortality.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mang thai, sinh đẻ là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, bệnh tật ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), hàng năm vẫn còn hơn 300.000 phụ nữ tử vong, tương đương với khoảng 830 bà mẹ mỗi ngày, trong đó có đến 99% xảy ra ở các nước thu nhập thấp [1], [2]. Tại Việt Nam, số TVM giảm rõ rệt trong giai đoạn 2012 - 2018, tuy nhiên tỷ số TVM lại hầu như không thay đổi. Tỷ số chung cho cả giai đoạn này là 13,0/100.000, giảm nhẹ từ năm 2012 - 2013 (15,6) xuống 12,6/100.000 năm 2014 và từ đó đến 2018, tỷ số TVM dao động không đáng kể từ 10,5 - 12,2/100.000. Số TVM có sự chênh lệch lớn giữa các vùng miền [3], [4], [5].

Điều trăn trở lớn nhất là hầu hết các tử vong đó có thể phòng được nếu các phụ nữ này được chăm sóc và theo dõi phù hợp. Để làm được điều này cần phải có đầy đủ các thông tin về nguyên nhân tử vong, tai biến sản khoa và các yếu tố liên quan để làm cơ sở cho việc đề ra biện pháp dự phòng và thực hiện cải thiện các dịch vụ y tế. Do đó, nghiên cứu **"Thực trạng tử vong mẹ và các yếu tố liên quan tại 31 tỉnh phía Bắc giai đoạn 2019 - 2021"** được thực hiện với mục tiêu: mô tả tình hình, nguyên nhân TVM và các yếu tố liên quan đến tử vong mẹ tại 31 tỉnh phía Bắc 3 năm 2019 - 2021.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Biên bản thẩm định tử vong mẹ của toàn bộ trường hợp TVM tại các tỉnh phía Bắc trong năm 2019 và 2021 đã được thẩm định bởi hội đồng thẩm định TVM của các tỉnh phía Bắc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: số trường hợp bà mẹ tử vong tại 31 tỉnh từ 2019 - 2021 là 206 nhưng chỉ có 154 trường hợp đã được thẩm định nên cỡ mẫu là 154.

2.2.3. Thu thập số liệu: số liệu được thu thập dựa trên biên bản thẩm định TVM của tỉnh với các nội dung số ca tử vong, nguyên nhân tử vong, các yếu tố chậm trễ liên quan đến TVM.

- Phân loại nguyên nhân tử vong mẹ

Nguyên nhân tử vong mẹ trực tiếp: tử vong do biến chứng sản khoa hoặc do can thiệp thủ thuật, sai sót trong chẩn đoán, điều trị và biến chứng của các nguyên nhân trên.

Nguyên nhân tử vong mẹ gián tiếp: tử vong do các bệnh đã có từ trước hoặc trong khi mang thai làm bệnh nặng lên do ảnh hưởng của thai nghén.

- Định nghĩa: 3 chậm trễ

+ Chậm trễ 1: chậm phát hiện và quyết định tìm đến cơ sở y tế.

+ Chậm trễ 2: chậm tiếp cận dịch vụ y tế.

+ Chậm trễ 3: chậm chăm sóc và điều trị.

2.2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS20. Kết quả được mô tả với tỉ số và tỉ lệ phần trăm để so sánh theo từng đặc tính cần nghiên cứu, đánh giá.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Theo báo cáo, tổng số ca TMV trong 3 năm là 206 trường hợp và giảm dần qua các năm, cụ thể: 2019 là 74 ca, 2020 là 70 ca, năm 2021 là 62 ca. Trong báo cáo này chúng tôi chỉ đánh giá các ca TVM đã được thẩm định là 154/206 chiếm 74,8%

Bảng 1. Thông tin về bà mẹ tử vong và yếu tố sản khoa

Thông tin BMTV		n = 154	Tỷ lệ %
Tuổi	15 - 19	15	9,7
	20 - 34	97	63,0
	≥ 35	42	27,3
Dân tộc	Kinh	36	23,4
	Thiểu số	118	76,6
Trình độ học vấn	Mù chữ	30	19,5
	Tiểu học - THCS	63	41,0
	Trên THPT	50	32,4
	Không rõ	11	7,1
Số lần mang thai	1 - 2 lần	78	50,6
	3 - 6 lần	72	46,8
	>7 lần	4	2,6
Thời điểm TVM	Đang mang thai	34	22,1
	Trong chuyển dạ đẻ	8	5,2
	24 giờ đầu	69	44,8
	Sau 24 giờ	43	27,9
Cách thức đẻ	Chưa đẻ	32	20,8
	Đẻ đường âm đạo	67	43,5
	Mổ lấy thai	55	35,7

Độ tuổi của bà mẹ tử vong dưới 19 tuổi (9,7%) và trên 35 tuổi (27,3%) vẫn còn khá cao. Dân tộc thiểu số chiếm 76,6%. Nhóm trình độ học vấn Tiểu học - THCS chiếm 60,5%, đặc biệt vẫn còn rất nhiều bà mẹ “mù chữ” chiếm 19,5%.

Thời điểm tử vong của bà mẹ nhiều nhất là sau khi đẻ đến hết 24 giờ đầu chiếm 44,8%, trong khi còn mang thai 22,1% và sau đẻ 24 giờ là 27,9%. Chủ yếu đẻ đường âm đạo 43,5%, tỷ lệ mổ lấy thai có 55 ca chiếm 35,7%.

Bảng 2. Nguyên nhân tử vong mẹ

Thông tin BMTV		n = 154	Tỷ lệ %
Nguyên nhân TVM trực tiếp		97	63,0
Trong đó	Chảy máu	49	50,5
	Vỡ Tử cung	6	6,2
	Sản giật/Tiền sản giật	11	11,3
	Nhiễm khuẩn	14	14,4
	Tắc mạch ối	13	13,4
	Khác	4	4,2
Nguyên nhân TVM gián tiếp		52	33,8
Nguyên nhân khác		5	3,2

63% TVM do nguyên nhân trực tiếp, 33,8% do nguyên nhân gián tiếp. TVM do chảy máu chiếm 50,5% trong tổng số nguyên nhân trực tiếp.

Trong 97 ca tử vong do nguyên nhân trực tiếp chảy máu sau đẻ là nhiều nhất chiếm 49 ca (50,5%), một số nguyên nhân khác như nhiễm khuẩn sau đẻ 14,4%, tắc mạch ối 13,4%, sản giật/ tiền sản giật 11,3%.

Bảng 3. Tử vong mẹ và các yếu tố 3 chậm trễ

	n = 154	Tỷ lệ %
Chỉ Chậm 1	28	18,2
Chỉ Chậm 2	4	2,6
Chỉ Chậm 3	22	14,3
Phối hợp Chậm 1 & 2	25	16,2
Phối hợp Chậm 2 & 3	6	3,9
Phối hợp Chậm 1 & 3	17	11
Phối hợp Chậm 1 & 2 & 3	27	17,5
Không chậm trễ + không rõ	25	16,2
Tổng	154	100

Tổng số chậm 1: 97/154 = 63,0%; tổng số chậm 2: 62/154 = 40,3%; tổng số chậm 3: 72/154 = 46,8%. Yếu tố chậm trễ 1 là nhiều nhất. 83,8% trường hợp tử vong có một yếu tố chậm hoặc phối hợp nhiều yếu tố chậm trễ.

3.2 Các yếu tố liên quan đến tử vong mẹ tại 31 tỉnh phía Bắc

Bảng 4. Tử vong mẹ liên quan đến chậm trễ và nguyên nhân tử vong

		Nguyên nhân tử vong mẹ				P
		Không rõ (n=5)	Trực tiếp (n=97)	Gián tiếp (n=52)	Tổng (154)	
TVM liên quan đến chậm trễ	Có chậm	2 (40%)	83 (85,6%)	43 (82,7%)	128 (83,2%)	0,002* OR = 13,2 (2,85 - 40,22)
	Không chậm	1 (20%)	13 (13,4%)	9 (17,3%)	23 (14,9%)	
	Không rõ	2 (40%)	1 (1,0%)	0 (0%)	3 (1,9%)	
Thời điểm tử vong	Trong mang thai	3 (60%)	9 (9,3%)	22 (42,3%)	34 (22,1%)	0,001* OR = 47,3 (1,32 - 50,97)
	Trong chuyển dạ	0 (0%)	7 (7,2%)	1 (1,9%)	8 (5,2%)	
	Sau đẻ đến 24h	0 (0%)	60(61,9%)	9 (17,3%)	69 (44,8%)	
	Sau đẻ từ 24h - 42 ngày	2 (40%)	21(21,6%)	20(38,5%)	43 (27,9%)	

* Fisher's Exact Test

Trong tổng số 154 trường hợp TVM có 128 trường hợp (83,1%) có chậm trễ. Phân tích phương sai một yếu tố, có mối liên quan giữa nguyên nhân TVM với yếu tố 3 chậm trễ và với thời điểm tử vong với $p < 0,05$ với khoảng tin cậy 95%.

4. BÀN LUẬN

Giai đoạn từ năm 2019 - 2021 với tổng số ca TVM là 206 ca, so với giai đoạn trước 2016 - 2018 với 348 ca giảm 142 ca (41%). Như vậy đã cho thấy công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản đã được quan tâm hơn; hoặc có thể đây là giai đoạn dịch bệnh Covid nên người dân cũng gác lại việc sinh đẻ nên số lượng đẻ giảm đồng thời số ca tử vong cũng giảm.

Một số thông tin về bà mẹ tử vong và yếu tố sản khoa

Độ tuổi của bà mẹ tử vong phần lớn nằm trong độ tuổi phù hợp sinh đẻ chiếm 63%. Tuy nhiên, tỷ lệ bà mẹ trong độ tuổi dưới 19 tuổi và trên 35 tuổi vẫn còn khá cao lần lượt 9,7% và 27,3%. Ở độ tuổi này không phù hợp với sinh đẻ nên dễ gây ra các tai biến trong quá trình mang thai. Dân tộc thiểu số chiếm 76,6% trong tổng số ca TVM. Nhóm trình độ học vấn chủ yếu cấp 1 - 2 chiếm 41%, đặc biệt vẫn còn rất nhiều bà mẹ không biết chữ chiếm 19,5%, như vậy 60,5% bà mẹ tử vong chưa học hết cấp 2. Đặc điểm các đối tượng như mô tả trên cho ta một bức tranh về môi trường, hoàn cảnh liên quan đến TVM. Điều kiện kinh tế, xã hội cũng như trình độ học vấn luôn là yếu tố đồng hành với sức khỏe, bệnh tật và tử vong.

Thời điểm tử vong của bà mẹ nhiều nhất là sau khi đẻ đến hết 24 giờ đầu là 44,8%, điều này phù hợp với phần lớn ca tử vong do chảy máu sau đẻ với số ca là 49, sau đẻ 24 giờ là 43 trường hợp và chiếm 27,9%. Chủ yếu đẻ đường âm đạo 43,5%, nhiều trường hợp tự đẻ tại nhà do người thân đỡ đẻ hoặc trên đường vận chuyển đến bệnh viện, tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 35,7%. 34 ca mẹ tử vong lúc còn đang mang thai nên tính vào nhóm còn mang thai, sau khi mẹ tử vong tiến hành mổ lấy con ra nên trong phần "cách đẻ" sẽ được tính vào mổ lấy thai chứ không phải "chưa đẻ". Điều này dễ bị nhầm lẫn trong đánh giá số liệu.

Nguyên nhân tử vong mẹ

Trong tổng số 154 trường hợp TVM, nguyên nhân tử vong trực tiếp (tử vong do nguyên nhân tai biến sản khoa trong thời kỳ mang thai, sinh con hay sau đẻ hoặc do can thiệp thủ thuật, hoặc sai sót trong chẩn đoán, điều trị và biến chứng của các nguyên nhân trên) chiếm 63%. Thấp hơn không đáng kể với kết quả rà soát năm 2015 và 2012 với tỉ lệ lần lượt là 65,7 và 72 % [5], [4]. Kết quả này cao hơn so với kết quả rà soát số liệu 2016-2018 chỉ có 53% [6]. Nguyên nhân TVM gián tiếp (tử vong do các bệnh có trước hoặc trong khi mang thai làm bệnh nặng lên do ảnh hưởng của thai nghén) là 34%. Tỷ lệ không rõ nguyên nhân 3,4%, sau khi đã thẩm định mà vẫn không chẩn đoán chính xác nguyên nhân tử vong

có thể khi phát hiện đã tử vong, hoặc đột tử, nếu không khám nghiệm tử thi thì không thể kết luận nên tỉ lệ này là thấp và chấp nhận được và thấp hơn so với rà soát 2016 - 2018 với 7,4% [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Lale Say và cộng sự tổng phân tích nguyên nhân TVM của WHO ghi nhận năm 2003 đến năm 2009 trên toàn thế giới với nguyên nhân tử vong trực tiếp cao hơn so với TVM do nguyên nhân gián tiếp [2].

Có 128 trường hợp là có chậm trễ chiếm 83% các ca tử vong, trong đó có chậm trễ với nguyên nhân TVM trực tiếp chiếm 65% cũng tương đương với tỷ lệ chung của phân loại tử vong theo nguyên nhân.

Trong các trường hợp TVM do nguyên nhân trực tiếp thì chảy máu sau đẻ là nhiều nhất chiếm 50,5% thấp hơn rà soát 2016 - 2018 là 56,5% [7], cao hơn so với nghiên cứu của WHO chỉ có 27,1% TVM do băng huyết [2]. Phân bố một số nguyên nhân khác cũng có sự khác biệt như nhiễm khuẩn sau đẻ 14 ca (14% so với 11,2%), sản giật 11 ca (11% so với 14,7%), tắc mạch ối kết quả tương đương là 13 ca (13% so với 12,8%).

Trong nhóm tử vong nguyên nhân trực tiếp nhiễm khuẩn sau đẻ với 14 ca TVM thì toàn bộ là dân tộc thiểu số, từ đó cho thấy chất lượng sống cũng như thụ hưởng dịch vụ y tế có chất lượng chưa được đáp ứng đúng mức cho các bà mẹ dân tộc thiểu số. Cách đẻ của bà mẹ tử vong do nguyên nhân trực tiếp chủ yếu là đẻ đường âm đạo là 55 ca và thời điểm tử vong chủ yếu là sau đẻ đến hết 24 giờ là 60 ca, phù hợp với số lượng chảy máu sau đẻ là nhiều nhất với 49 ca.

Tử vong mẹ và yếu tố 3 chậm trễ.

Phân tích các yếu tố chậm trong chăm sóc, xử trí bà mẹ mang thai, sinh đẻ nhằm phát hiện vấn đề xảy ra ở giai đoạn nào trong suốt quá trình tiếp cận chăm sóc từ gia đình đến cơ sở y tế. Tuy nhiên, không phải mọi trường hợp đều thực sự rõ ràng và mỗi trường hợp tử vong có thể có vấn đề ở nhiều giai đoạn. TVM do chậm 1 trong nghiên cứu của chúng tôi là 63%. Cao hơn so với khảo sát năm 2016 - 2018: 50,8%; Trịnh Hữu Thọ 2011: 46%; Nguyễn Duy Hiến 2011: 38% [7], [8], [9]. Khảo sát 2016 - 2018 chỉ đánh giá với 6 tỉnh đại diện các vùng miền, cỡ mẫu không đủ lớn nên khó để so sánh. Thiếu kiến thức về chăm sóc thai và sinh sản có thể là nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng này, vì với quá nửa bà mẹ chưa học hết cấp 2. Họ không biết những dấu hiệu bất thường của bản thân có thể dẫn đến nguy hiểm tính mạng và cho rằng đó là dấu hiệu bình thường của một bà mẹ có thai, tất cả bà mẹ có chậm 1 đều có yếu tố "chậm phát hiện bất thường" và 1 nửa trong số đó khi có bất thường lại "chậm quyết định" đến CSYT nên khi đến bệnh viện đã quá muộn, bệnh quá nặng thậm chí bà mẹ đã tử vong một cách đáng tiếc. Yếu tố chậm 2 chiếm 40,3%, cao hơn nhiều so với kết quả khảo sát 2012 (tỉ lệ 29,1%) [4], điều này dễ hiểu bởi theo Báo cáo tổng hợp TVM các tỉnh Phía Bắc 2018 - 2021, số TVM/toàn miền

chiếm 77%, số TVM đã thẩm định 63,6% [10], như vậy với yếu tố tình nghèo miền núi phía Bắc thì yếu tố chậm tiếp cận sẽ ở mức cao hơn so với toàn quốc hoặc nếu chỉ đánh giá một số khu vực nhất định, nguyên nhân chậm tiếp cận chủ yếu là khoảng cách đến CSYT, điều này hoàn toàn hợp lý với các tỉnh miền núi phía Bắc, bà mẹ sống ở các thôn bản xa trung tâm, thậm chí phải đi bộ nhiều giờ mới ra đến đường để di chuyển bằng phương tiện khác, chưa tính có thể đi được bằng ô tô hay không, nên kể cả khi phát hiện bất thường nhưng cũng không thể cấp cứu kịp thời do quá xa trung tâm và thiếu phương tiện vận chuyển.

Yếu tố chậm 3 liên quan đến chăm sóc và điều trị là 46,8%, kết quả này thấp hơn nhiều so với báo cáo gần đây ở 7 tỉnh miền núi phía Bắc và rà soát 6 tỉnh 2016 - 2018 lần lượt (78,5% so với 64,3%) cỡ mẫu của hai báo cáo trên còn nhỏ nên cũng khó để so sánh, tuy nhiên, cần ghi nhận dấu hiệu tích cực, có thể trình độ chuyên môn cũng như điều kiện về cơ sở hạ tầng, cơ sở vật chất được cải thiện nhiều nên có chuyển biến tốt như trên [7]. Có đến 27 trường hợp chiếm 17,5% có cả ba yếu tố chậm trễ góp phần gây nên tử vong bà mẹ.

Các yếu tố liên quan đến tử vong mẹ tại 31 tỉnh phía Bắc

Trong tổng số 154 trường hợp TVM có 128 trường hợp (83,1%) có chậm trễ. Phân tích phương sai một yếu tố, có mối liên quan giữa nguyên nhân TVM và yếu tố 3 chậm trễ và thời điểm tử vong với $p < 0,05$ với khoảng tin cậy 95%. Sau đẻ đến hết 24h chiếm 87%, sau đẻ từ 24h - 42 ngày 48,9% cao hơn so với lúc mang thai là 26,5% với [OR = 47,3 KTC 95% (1,32 - 50,97)], $p = 0,001$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả phù hợp với báo cáo của Vụ Sức khỏe bà mẹ và trẻ em cho thấy TVM do băng huyết sau sinh chiếm cao nhất nên giai đoạn chuyển dạ/sau sinh đến hết 24 h là 2 giai đoạn nguy hiểm có thể xảy ra tai biến ảnh hưởng đến tính mạng của sản phụ [5], [6], [7].

5. KẾT LUẬN

Nguyên nhân tử vong mẹ liên quan đến chậm phát hiện các dấu hiệu bất thường và tìm đến cơ sở y tế chiếm tỷ lệ cao nhất với 63%. 83,8% trường hợp tử vong có một yếu tố chậm hoặc phối hợp nhiều yếu tố chậm trễ. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố chậm trễ, thời điểm tử vong với nguyên nhân tử vong mẹ.

Khuyến nghị: truyền thông đến đối tượng phụ nữ trước và trong độ tuổi sinh đẻ chăm sóc thai nghén, cách phát hiện dấu hiệu bất thường, đẻ tại CSYT... Đồng thời, nâng cao năng lực ở các CSYT các tuyến. Công tác khám và quản lý thai nghén từ trạm y tế xã trở lên cần được chú trọng, phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường, có thái độ xử trí đúng đắn, kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO 2018. Maternal mortality. Accessed August 2022. Available at <https://www.who.int/news-room/fact-sheet/detail/maternal-mortality>.
2. Lancet Glob Health. Lale Say Global cause of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health; 2014. Published Online may 6, 2014, e322-e333.
3. Bộ Y tế. Hướng dẫn thẩm định tử vong mẹ. Quyết định số 4849/QĐ-BYT ngày 21 tháng 11 năm 2014; 2015.
4. Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em. Bộ Y tế. Báo cáo thẩm định tử vong mẹ tại Việt Nam năm 2012; 2013.
5. Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em. Bộ Y tế. Báo cáo giám sát tử vong mẹ và đáp ứng năm 2015; 2016.
6. Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em. Bộ Y tế. Báo cáo tổng kết công tác "Chăm sóc sức khỏe sinh sản" các năm 2012-2017; 2018.
7. Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em. Bộ Y tế 2020. Báo cáo Giám sát tử vong mẹ và đáp ứng 3 năm 2016-2018.
8. Trịnh Hữu Thọ. Tăng cường chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh nhằm giảm tử vong mẹ, tử vong sơ sinh. Số 01/CT-BYT ngày 09/01/2015; 2011.
9. Nguyễn Duy Hiến. Tình hình tử vong mẹ tại khu vực Hà Nội từ năm 2005 - 2011. Viện Y học bản địa Việt Nam; 2011.
10. Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Bộ Y tế. Báo cáo giám sát tử vong mẹ và đáp ứng các tỉnh phía Bắc 2018 - 2021; 2022.